DISSERTATION

N° 203.

SUR

LA DOTHINENTÉRIE,

OU

L'INFLAMMATION PUSTULEUSE DES INTESTINS;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 9 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN-BAPTISTE-LOUIS MAGNIÉ, de Beaumarchez,

Département du Gers;

Ancien Élève de l'École pratique et des hôpitaux civils de Paris.

Medicina non ingenii humani partus est, sed temporis filia.

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur*.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Suppléant*.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Président*. BOYER. DUBOIS, *Examinateur*. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur*.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque, *Examinateur*.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud, *Suppléant*.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau, *Examinateur*.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage de reconnaissance et d'amour filial.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS.

Gage de l'amitié la plus sincère.

J.-B.-L. MAGNIÉ.

DISSERTATION

SUR

LA DOTHINENTÉRIE,

OU

L'INFLAMMATION PUSTULEUSE DES INTESTINS.

Le canal digestif est sans contredit une des parties de notre économie qui revêt le plus de formes variées dans les affections auxquelles il est sujet. Voilà pourquoi aussi elles ont été soumises à tant de controverses, et la raison pour laquelle on a inventé tant de noms, qui sont plutôt l'expression des signes extérieurs de la maladie que de la connaissance de son siége et de sa nature. M. *Broussais* lui-même, qui a tant éclairé le diagnostic des maladies, est presque tombé dans la même erreur en généralisant les affections du tube digestif, et rapportant à une altération de même nature tous les symptômes qui sont le résultat de ses différentes maladies.

Cependant s'il n'a pas fait connaître la nature intime de la dothinentérie qui doit faire le sujet de cette dissertation, nature qui d'ailleurs reste encore cachée, son caractère inflammatoire n'a pas

échappé à son esprit d'observation; aussi a-t-il décrit cette maladie sous le nom collectif de *gastro-entérite*, dont l'acception est trop générale, et qui éloigne toute idée de spécialité qu'on peut, sans trop de crédulité, reconnaître dans cette affection. N'est-il pas en effet permis de l'admettre, lorsqu'on ne voit rien de matériel qui puisse rendre compte de la gravité des symptômes que présente la dothinentérie? Peut-on concilier l'absence presque complète d'accidens locaux avec la réaction violente qui a lieu sur la plupart des organes? Comment croire que l'inflammation simple de petites glandules, qui ne paraissent que d'une importance secondaire dans les fonctions de l'organisation, donne lieu à des symptômes plus formidales que la phlogose de tout le canal intestinal, ou que l'inflammation d'un poumon? N'arrive-t-il pas quelquefois que le trouble des fonctions est porté à un point extrême, et que cependant on ne trouve que quelques glandes affectées? Si l'on considère d'ailleurs la régularité presque constante que l'on observe dans la marche et la teneur de cette maladie, il semble raisonnable de penser qu'elle affecte un caractère particulier qu'on n'a pas saisi, et qui a pour effet spécial de porter son action sur les follicules muqueux de *Peyer* et de *Brunner*, ainsi que sur les ganglions mésentériques. Au reste, si l'on cherche à justifier cette question par l'analogie, on peut trouver des rapports frappans entre la dothinentérie et d'autres affections auxquelles on reconnaît généralement un germe inconnu. Et d'abord n'a-t-on pas considéré les surfaces muqueuses comme un tégument interne, et assimilé leurs maladies à celles de la peau, regardant pour ainsi dire comme une variole interne l'entérite pustuleuse qui, comme la variole cutanée, a ses phases régulières dont le cours s'accomplit ordinairement quoiqu'on fasse (1)? N'aurait-on pas une preuve con-

(1) Cette similitude ne peut pas être prise d'une manière rigoureuse, quoiqu'on ait cherché à faire le rapprochement de ces deux maladies. En effet, les boutons de la dothinenterie ne ressemblent en rien à ceux de la variole, et ces deux affections ne peuvent être comparées que par la marche qu'elles affectent,

firmative de sa spécialité, si on lui reconnaissait un caractère contagieux, ainsi que l'a fait M. *Bretonneau* de Tours, dont l'opinion paraît être confirmée par les observations qu'a fait connaître M. *Leuret*, de Nancy?

La dothinentérie de δοτιν, *pustule, furoncle*, et de εντερον, *intestin*, est une maladie connue depuis que la médecine a des observateurs ; mais il était réservé à M. Bretonneau de jeter le premier jour sur cette affection, d'en faire connaître la nature ou plutôt le siége, et d'appeler l'attention des praticiens sur cette forme d'entérite. Jusqu'à lui on ne l'avait indiquée que sous des dénominations vagues, tirées plutôt des signes extérieurs qu'elle présente que de son caractère essentiel. Elle a été décrite par Galien, sous le nom de *synoque putride*, de *fièvre pestilentielle* par Sydenham, de *fièvre putride* par Stoll, *adynamique* ou *ataxo-adynamique* par Pinel ; c'est la *fièvre continue* de M. le professeur Cayol, la *fièvre catarrhale* de M. le professeur Récamier, la *fièvre thyphoïde* de M. le professeur Chomel. M. Broussais la considère comme le type de la *gastro-entérite*.

Étiologie.

La dothinentérie semble affecter de préférence les adultes. Assez commune dans l'enfance, elle devient rare dans l'âge mûr, et paraît étrangère à la vieillesse. Les circonstances sous l'influence desquelles elle se développe n'ont rien qui lui soit propre ; elle se manifeste par l'action des causes communes à la plupart des autres maladies : ainsi une saison chaude et humide, une nourriture malsaine, les veilles long-temps prolongées, les fatigues excessives, les habitations peu aérées et malpropres, le séjour dans des hôpitaux encombrés, sur des vaisseaux où la nourriture n'est pas toujours très-salubre et où l'on se sert d'eau croupie ; les excès dans les boissons ; l'usage immodéré

---

la propriété qu'elles ont de n'attaquer qu'une fois le même individu, et cette prédilection qu'elles montrent pour le jeune âge.

dans les plaisirs vénériens; toute substance irritante portée dans les organes digestifs; l'impression du froid sur la surface cutanée, surtout lorsque le corps est échauffé; et enfin elle se développe souvent sans que les malades puissent en déterminer la cause.

Symptomatologie.

La dothinentérie présente, comme quelques autres maladies, des phases qui se montrent à des époques déterminées; voilà pourquoi l'on peut y considérer différentes époques, que nous appellerons *septénaires*, et que nous réduirons à quatre, parce que c'est à ces divers âges de l'affection qu'on peut saisir des caractères essentiels, et que d'ailleurs la thérapeutique y trouvera son application, puisqu'elle devra varier suivant la période à laquelle on observe la maladie.

Prodrômes. Légères douleurs dans les membres, qui font éprouver un sentiment de lassitude et de brisement; céphalalgie plus ou moins intense; sensation de froid, qui fait rechercher le feu, même dans les saisons chaudes; anorexie, avec dégoût pour les alimens; bouche pâteuse, souvent amère; hémorrhagies nasales; envies de vomir, et quelquefois des vomissemens; sommeil agité et peu réparateur; urines rares. Le malade est morose, découragé, quoique la fièvre soit peu considérable; il se sent si faible et si abattu, qu'il s'alite souvent, en ayant sur son état un pressentiment funeste.

Premier septénaire. Caractérisé par l'augmentation des symptômes prodromiques. La fièvre, qui présente presque toujours un caractère intermittent, se déclare par un frisson violent suivi d'une chaleur vive, et par des vomissemens; la céphalalgie persiste; le pouls se montre fréquent, plein et résistant; on le voit néanmoins quelquefois conserver presque son type ordinaire; les yeux sont larmoyans et injectés; la face, tantôt pâle, tantôt rouge; les ailes du nez ont une teinte jaune; le *facies* offre un aspect de stupeur et d'hébétude

remarquables ; la langue est recouverte d'un enduit jaune verdâtre, sillonnée à sa partie moyenne, rouge à ses bords et à sa pointe ; nous l'avons vue plusieurs fois se montrer comme dans l'état naturel. L'abdomen est presque toujours insensible, ou à peine si la pression développe quelques légères douleurs à l'hypogastre, et surtout vers la fosse iliaque droite; la peau est chaude, halitueuse; il y a diarrhée, plus rarement constipation ; le malade est dans un tel état de faiblesse, qu'il a peine à se tenir sur ses jambes. Telle est la première époque, qui se prolonge jusque vers le huitième jour.

Deuxième septénaire. La fièvre a pris un degré d'intensité considérable, qui dans la généralité des cas s'accroît le soir ; la peau est sèche, la chaleur âcre et mordicante ; le pouls très-fréquent et dépressible, la céphalalgie violente, souvent accompagnée de délire pendant la nuit ; la face livide et immobile; le regard, incertain, présente la stupidité de l'ivresse ; les paupières sont entr'ouvertes, les pommettes saillantes ; les narines pulvérulentes, la bouche desséchée et les dents engluées ; la langue présente une forme lancéolée ; elle est sèche, et recouverte d'un limon rougeâtre ou noirâtre. Le malade répond avec peine aux questions qu'on lui adresse, et toujours avec une extrême lenteur, quoiqu'il entende très-bien ce qu'on lui dit ; il tousse, et rend des crachats tantôt muqueux et filans, d'autres fois secs et tenaces. Cependant la percussion ne donnne pas de signes sensibles. Par l'auscultation, on entend un râle muqueux, quelquefois sous-crépitant ; mais si la pneumonie a été observée dans quelques circonstances, c'est toujours accidentellement qu'elle s'est développée, et ce n'est pas une conséquence de la maladie primitive. L'épigastre est sensible à la pression (1) ; l'abdomen est ballonné, et témoigne une douleur obscure, qui n'est guère appréciable que vers la fosse iliaque

(1) Ce n'est guère que du douzième au seizième jour que l'estomac commence à manifester de la douleur; ce qui semble éloigner tout idée d'inflammation primitive dans cet organe.

droite; quelquefois cependant cette douleur est assez vive. On a dit que, si le malade avait peu d'embonpoint, il était possible en pressant fortement sur le ventre de sentir les ganglions mésentériques, qui à cette époque sont à leur *summum* de développement; nous n'avons jamais été assez heureux pour constater leur présence. Les urines s'échappent avec difficulté de leur réservoir; les selles sont fréquentes, bilieuses, d'une couleur ocracée. Si l'on porte son attention sur la poitrine et sur la paroi antérieure de l'abdomen, on y remarque de petites taches rosées, lenticulaires, faisant quelquefois un léger relief au-dessus de la surface cutanée (1).

Mais dans les derniers jours de cette période, le malade est dans un état de prostration considérable; il perd la faculté d'entendre; son intelligence s'obscurcit; il tombe dans un état de somnolence qui le rend indifférend pour tout ce qui l'entoure ou qui peut l'intéresser; il passe les nuits dans l'agitation et souvent dans le délire; il fait entendre des mussitations presque continuelles; les doits et les orteils sont rétractés, les mains tremblantes, les tendons tressaillans; la respiration se fait difficilement; elle est lente et comme convulsive, la déglutition bruyante et embarrassée, la soif vive, l'anorexie complète; le pouls faible et presque imperceptible.

Troisième septénaire. La maladie fait des progrès, et les symptômes prennent un caractère alarmant. Le délire est permanent, la faiblesse portée à un point extrême; les membres sont dans un état complet de résolution, le décubitus se fait sur le dos. La langue est sèche, écailleuse, tremblottante. Le malade ne peut pas la tirer hors de la bouche; il rend une haleine fétide, éprouve une soif inextinguible et souvent ne peut pas exprimer le sentiment de ce besoin; les excrétions fécales et urinaires s'effectuent sans que le malade paraisse en avoir conscience. C'est alors que la maladie a atteint son plus haut

(1) Leur durée ordinaire est de trois à huit jours.

point d'intensité. La face est amaigrie, livide, d'un jaune verdâtre; la chaleur de la peau est peu considérable ; le pouls, filiforme, fuit sous le doigt qui le presse. On voit la peau se couvrir de pétéchies, d'éruptions miliaires, de petites vésicules transparentes *(sudamina)*, qui, par le frottement se rompent facilement : c'est ordinairement sur le cou et le pubis qu'elles se montrent. Des hémorrhagies nasales et intestinales se manifestent, et les forces vitales sont si peu énergiques que les vésicans sont sans action.

Mais heureusement la dothinentérie ne suit pas toujours une progression aussi fâcheuse. Lorsqu'elle doit prendre un caractère de bénignité, les accidens commencent à s'amender dès la fin du deuxième septénaire, et le malade ne se trouve pas soumis à cet appareil de symptômes formidables de la troisième période. Dans ce cas, au contraire, les sens reprennent leurs facultés, si leur sensibilité avait éprouvé quelque diminution; le délire cesse, la face se dépouille de cet état de stupeur qui la revêtait, le pouls se relève et la convalescence ne tarde pas à se déclarer.

Quatrième septénaire. Lors même que la maladie à parcouru toutes ses phases, et qu'elle a présenté le tableau déplorable d'une mort prochaine, il n'est pas rare de voir les forces vitales triompher, et rendre aux organes leurs facultés qu'ils avaient presque entièrement perdues. Alors la langue s'humecte et se débarrasse de l'englûment qui l'enchaînait; le courage renaît, l'intelligence s'éclaircit, l'œil perd son aspect terne, les forces reparaissent insensiblement et le malade sort de l'état d'anéantissement dans lequel il était plongé.

C'est pendant ce quatrième septénaire que l'on voit quelquefois des éruptions critiques se manifester; des parotides, dont la terminaison par gangrène est assez fréquente; des furoncles volumineux, des bubons, des escharres au sacrum, à la marge de l'anus; des otites; des sueurs abondantes (1); des érysipèles à la face, qui pren-

(1) Ces sueurs sont assez fréquentes au déclin de la maladie; ce qui faisait

nent une marche lente, un aspect livide et qui sont presque constamment funestes aux malades.

Quoique ces crises soient quelquefois une circonstance favorable, il n'est malheureusement que trop vrai qu'elles ont souvent une influence fâcheuse sur l'état du malade et qu'elles ne font qu'ajouter à la gravité des accidens. Mais soit qu'on voie paraître quelques-unes de ces éruptions, soit qu'il ne s'en montre point, la mort vient fréquemment mettre un terme à cet appareil affreux de symptômes. Cette terminaison est annoncée par l'abandon de la chaleur animale, qui fuit la surface cutanée; le pouls est à peine sensible, la respiration devient entrecoupée, le corps se couvre d'une sueur froide, la face est *hippocratique*, et le malade s'éteint après une longue agonie.

Anatomie pathologique.

Si nous avons vu les symptômes tenir une marche régulière et se présenter à des époques déterminées, il est assez rationnel de penser que les altérations doivent offrir des changemens variables suivant la période à laquelle on étudie la maladie, puisque les symptômes ne sont autre chose que l'expression des désordres organiques. L'observation a réalisé cette conjecture, ainsi que l'ont prouvé MM. *Bretonneau* et *Petit*, par les nombreuses nécropsies qu'ils ont faites; et, comme l'ont confirmé depuis M. le professeur *Chomel* et M. *Louis*. Nous ne suivrons pas jour par jour les progrès de la maladie, ainsi que l'a fait M. *Trousseau*, avec une précision qui ne laisse rien à désirer. Nous croyons plus convenable de faire une description anatomique qui se rapporte aux différentes époques déjà connues des sym-

---

dire à *Huxam*, qu'il n'avait jamais vu une fièvre grave parfaitement jugée avant qu'il ne fût survenu une sueur plus ou moins abondante.

ptômes. Les follicules muqueux des intestins sont le siége spécial de cette maladie ; mais c'est principalement sur les plaques de *Peyer* que nous avons remarqué les plus grands désordres. Ils sont d'autant plus prononcés qu'on observe l'intestin plus près du cœcum. Nous ferons connaître aussi les changemens qui surviennent dans les ganglions mésentériques, dont l'altération est constante dans la dothinentérie, qui ne la présente pas néanmoins à l'exclusion de toute autre maladie ; car il n'est pas rare de trouver ces glandes lymphatiques engorgées et même abcédées, surtout chez les enfans, dans les entérites simplement érythémateuses.

Premier septénaire. On a rarement occasion d'ouvrir des corps d'individus morts avant le cinquième ou sixième jour de l'invasion de la maladie. Ce n'est qu'à dater de cette époque qu'on a pu observer les changemens qui surviennent dans les tissus. Alors les plaques de *Peyer* et les cryptes isolés font une petite saillie, et présentent une légère rougeur, qui s'étend sous forme d'auréole ; leur épaisseur est plus considérable que dans l'état naturel, et surtout apparente lorsqu'on met l'intestin entre l'œil et la lumière. La membrane muqueuse qui la revêt est ordinairement plus molle que dans l'état normal. Les ganglions mésentériques ont augmenté de volume, sont ramollis et d'une couleur violette.

Deuxième septénaire. Les plaques de *Peyer* sont plus saillantes que dans la période précédente. Elles présentent un aspect remarquable qui leur donne une apparence gaufrée ; elles sont rouges, inégales, teintes d'une couleur jaune qu'elles doivent à la présence de la bile, qui imprègne aussi la muqueuse qui environne les cryptes. Cette membrane est épaissie, ramollie, et offre au sommet de quelques follicules de légères érosions qui semblent être le prélude d'ulcérations consécutives. Vers la fin de cette époque on voit se résoudre l'engorgement des glandules qui ne doivent pas s'ulcérer, et les ganglions qui leur correspondent diminuer de volume. C'est alors aussi qu'on

trouve la membrane muqueuse de l'estomac rouge, ramollie, évidemment enflammée; les bronches injectées, et dans un état de légère turgescence, ce qui rend raison des douleurs épigastriques et de la toux que l'on a remarquées à la même époque.

Troisième septénaire. Les glandes qui doivent entrer en suppuration présentent à leur sommet une dépression dans laquelle est logée une portion de cette glandule frappée de mort, et qui semble se détacher comme le bourbillon d'un furoncle qui se développe à la surface de la peau; en effet, on la voit bientôt tomber et laisser des ulcérations creusées dans l'épaisseur des plaques de *Peyer*. Leurs bords sont saillans, ramollis, fongeux, et offrent l'aspect d'un ulcère atonique. Leur fond repose ordinairement sur la membrane musculeuse, qui peut être détruite par les progrès de l'ulcération et laisser à nu le péritoine, dont la perforation, assez fréquente, permet l'épanchement des matières fécales dans sa cavité, circonstance qui donne toujours lieu à des accidens mortels. Il n'est pas rare de voir cinq ou six de ces ulcères, sur la même plaque de *Peyer*, se réunir et donner lieu à une vaste ulcération, qui est difficilement amenée à guérison, et qui, rencontrant quelquefois des vaisseaux mésaraïques, en détruit les parois, et donne lieu à une hémorrhagie qui peut devenir funeste. Nous n'avons jamais eu occasion d'observer ce cas. Il doit d'ailleurs être fort rare, attendu que les vaisseaux les plus volumineux se trouvent sur la portion mésentérique des intestins, et que les plaques élipsoïdes ont leur siége sur un point opposé.

Cependant, lorsqu'on approche de la fin de la troisième période, les cryptes agglomérés et ceux de *Brunner* ont diminué d'épaisseur et d'étendue, et offrent un point d'un gris noirâtre à leur sommet; les ulcérations ont leurs bords affaissés, leur fond rempli de débris muqueux, mêlés quelquefois à du sang, mais presque toujours à de la bile; enfin, vers le vingtième ou vingt-unième jour, la cicatrisation commence à s'opérer, les évacuations diminuent de profondeur, et les bords semblent se rapprocher. Les ganglions mésentériques sont

peu volumineux; mais ceux qui correspondent aux ulcérations restent d'un rouge violacé, et se réduisent en bouillie lorsqu'on les presse entre les doigts; nous en avons même vu qui présentaient des abcès au centre, et dont le pus était tantôt blanc, tantôt d'une couleur lie de vin. A ces altérations, il faut ajouter celle de la rate, qui a paru à M. *Louis* toujours gonflée et ramollie.

Quatrième septénaire. Bientôt les cryptes ne sont plus distincts que par les points noirs dont nous avons parlé, et par les ulcérations qui marchent vers la cicatrisation; les bords sont froncés, déprimés vers le fond, qui se rapproche de la surface muqueuse. Mais ces excavations n'arrivent pas toujours à un résultat aussi heureux. Quelquefois les bords découpés par petits lambeaux offrent un décollement analogue à celui qu'on observe dans les ulcères cutanés, ce qui donne lieu à une suppuration et à un dévoiement intarissables qui amènent la consomption du malade, lorsque la perforation de l'intestin n'en est pas la suite plus fâcheuse. Cependant il est des individus chez lesquels la cicatrisation des ulcères est très-lente, et ne s'opère que vers le quarantième ou cinquantième jour, et même plus tard.

Il est aisé de voir, par cette description des altérations morbides et la marche progressive ou décroissante qu'elles ont affectées, le rapport qu'on peut établir entr'elles et les symptômes qui en sont la conséquence. C'est aussi sur la connaissance de ces deux objets réunis, l'anatomie pathologique et les symptômes, que nous devons fonder le diagnostic.

Diagnoctic.

D'après l'énumération que nous avons faite des symptômes, et la place que nous avons indiquée à chacun d'eux, il semble qu'il doit être facile, dans toutes les circonstances, de reconnaître l'inflammation des glandes de *Peyer*; mais on est loin d'avoir acquis cette précision dans l'appréciation des signes qui en émanent pour qu'on puisse se promettre de porter un diagnostic sûr. Ne peut-on pas, en effet, la confondre avec la phlegmasie érithémateuse de l'intestin, qui a

son siége dans le même organe, mais non dans le même système d'organes? Dans l'un et dans l'autre cas il y a le plus souvent diarrhée, accélération du pouls, chaleur à la peau; mais dans l'entérite simple le ventre est ordinairement douloureux, les selles sont moins bilieuses que dans la dothinentérie, les accidens généraux moins formidables; il n'existe point de stupeur et rarement du délire. Il peut aussi arriver que les symtômes cérébraux très-violens qui surviennent dans l'entérite pustuleuse fassent croire à l'existence d'une inflammation des organes encéphaliques; mais le dévoiement, qui existe presque toujours, l'absence de cette sensibilité exquise que les sens acquièrent dans les phlegmasies de l'encéphale, la présence des symptômes prodromiques, pourront sans doute être d'un grand secours pour arriver à la connaissance de la maladie. Il ne faut donc pas croire que la dothinentérie se présente toujours avec tous les caractères réunis qui lui sont propres, ni avec cette régularité que l'on a remarquée dans l'énonciation des symptômes.

Il est assez fréquent de voir des malades offrir un jour des phénomènes ataxiques violens, tandis que, le lendemain, ils se trouveront dans un état de calme parfait qui, le jour suivant, sera remplacé par une nouvelle agitation. Il suit de toutes ces circonstances que le diagnostic pourra être difficile pour des médecins peu habitués à l'observation.

Durée.

La dothinenterie ne dure jamais moins de vingt jours : elle peut s'amender avant ce terme; mais ce n'est qu'alors que la convalescence se déclare franchement; et même, lorsqu'elle doit avoir une terminaison funeste, le quatrième septénaire est ordinairement annoncé par une diminution notable dans les symptômes.

Prognostic.

Rien de plus incertain que le jugement que l'on porte sur la dothinentérie : tantôt on la voit débuter par les symptômes atoxo-adyna-

miques les plus violens, et cependant le malade entre en convalescence dès la troisième période; d'autres fois elle se présente sous l'aspect le plus bénin en apparence, pour revêtir plus tard un caractère alarmant et devenir funeste. On voit souvent le malade franchir l'époque critique et se bercer dans un mieux trompeur, lorsque la fièvre se rallume, au vingt-six ou vingt-huitième jour, pour détruire toute espérance. Quoi qu'il en soit, le prognostic de cette maladie est grave, mais moins peut-être que semble l'annoncer l'altération profonde des fonctions d'un grand nombre d'organes. Aussi, lorsque le malade est assez heureux pour échapper au danger qui l'a menacé, est-il soumis à une longue convalescence. Les facultés intellectuelles sont sourtout tardives à reprendre leur activité.

On a long-temps agité la question de savoir si les crises sont une circonstance favorable à l'issue de l'affection pustuleuse des intestins. La rareté de cette terminaison critique rend difficile la résolution de cette question : cependant, quand elle se fait par gangrène, on s'accorde généralement à la considérer comme funeste.

Traitement.

Quoique la cause immédiate de la dothinentérie soit inconnue, et que l'on ne puisse pas diriger contre elle un traitement qui l'attaque d'une manière directe, ce n'est pas à dire pour cela que l'homme de l'art doive rester simple spectateur et laisser la maladie suivre son cours sans chercher à enrayer les accidens qu'elle développe. La nature a des forces pour résister aux impressions morbides; mais, souvent insuffisante, elle a besoin de secours étrangers pour seconder ses efforts. Tel aussi doit être le but du médecin, de favoriser ses opérations quand elle tend au bien-être de l'individu, et d'arrêter le mouvement qui s'effectue à son détriment.

Comme la dothinentérie a différentes phases, et que chacune d'elles est marquée par des caractères distincts, qui sont l'expression du degré de la maladie entière, la thérapeutique ne peut être indiquée

d'une manière générale, et doit être subordonnée, 1°. à la période de la maladie; 2°. à la force physique du sujet; 3°. à son état de pléthore; 4°. à la réaction plus ou moins considérable qu'il subit.

La dothinentérie est-elle de nature inflammatoire, et doit-elle être traitée par la méthode débilitante? Doit-on la considérer, eu égard à l'état de stupeur et de prostration que présente le malade, comme une affection qui réclame impérieusement les irritans et les toniques? Si l'on considère exclusivement ces deux systèmes, le raisonnement et l'expérience s'accordent à les repousser comme impraticables. Que les fauteurs du brownisme nient l'existence d'une phlegmasie dans l'intestin, qu'ils nient comme primitives les altérations qu'ils y rencontrent, cela se conçoit; leur incrédulité est nécessaire pour justifier leur conduite, qui tend toujours à relever les forces vitales qu'ils considèrent comme affaiblies. Mais que, d'une autre part, on veuille appliquer un traitement débilitant à l'exclusion de tout autre moyen, et, sans égard pour la période du mal et pour l'état de débilité qu'il entraîne, c'est tomber dans des extrêmes incompatibles avec une conduite sage et raisonnée.

Il faut donc étudier l'état actuel du malade et y chercher les moyens thérapeutiques que l'expérience et l'anatomie pathologique peuvent suggérer. Mais ayons toujours présente à l'esprit l'impossibilité reconnue d'arrêter la maladie, qui doit faire son cours, et n'ayons pour but que de modérer les symptômes en diminuant la phlogose locale et apaisant les phénomènes morbides généraux. Lors donc que le malade se trouve au premier septénaire, qu'il présente les signes évidens d'une fièvre inflammatoire, des douleurs générales, la face rouge, le pouls développé, on ne peut s'empêcher de reconnaître l'utilité des évacuations sanguines; mais doit-on donner la préférence aux applications de sangsues ou aux saignées générales? Les observations que nous avons faites ne nous ont pas permis de décider cette question. Un assez grand nombre d'individus atteints de cette maladie, que nous avons observés à l'hôpital des Enfans Malades étaient traités par les sangsues et ordinairement on parvenait à calmer les sym-

ptômes. Cependant si on avait affaire à un individu vigoureux, que le pouls fût plein et d'une impulsion forte, il serait convenable de commencer par des saignées générales, ainsi que nous l'avons vu faire à M. le professeur *Chomel*, sans préjudice d'ailleurs des applications de sangsues sur le ventre s'il y a indication. Mais il faut avoir soin de ménager les forces du malade, afin qu'il puisse résister à la force destructive des différentes périodes. S'il survient du délire ou que le coma soit imminent, des sangsues appliquées derrière les oreilles et de la glace sur la tête seront d'un effet avantageux en diminuant la congestion cérébrale.

Les médecins anglais, qui ont trouvé des imitateurs sur le continent, ne trouvent pas de meilleur remède contre les fièvres adynamiques que les purgatifs et en particulier le calomel, soit qu'ils l'emploient à titre d'évacuant, soit comme fondant. M. *Bretonneau* lui-même, après avoir reconnu l'utilité des antiphlogistiques, s'est aperçu qu'en leur adjoignant de doux laxatifs en temps opportun on obtenait des résultats très-avantageux; et la diarrhée, loin de devenir plus abondante, ne faisait que diminuer d'intensité, ainsi que le cortége des symptômes dothinenteriques. C'est ordinairement vers le douzième ou quatorzième jour, lorsque la langue se sèche et s'encroûte, que le médecin de Tours administre le sulfate de potasse, de soude ou de magnésie à la dose de ʒij dans ℥vj ou viij d'eau.

On a dit que les purgatifs pourraient être dangereux à l'époque de l'énucléation des boutons, en provoquant des contractions intestinales qui, déterminant la chute du bourbillon, deviendraient cause de perforation. Cette objection spécieuse tombe devant l'observation, puisqu'on n'a jamais vu l'intestin se perforer à la suite d'un léger purgatif, et que l'on doit bien se garder d'employer des drastiques violens; d'ailleurs on en fait usage à une époque ou les ulcérations sont peu profondes, et ce n'est guère que dans le dernier septénaire, que l'on voit arriver la déstruction de la membrane péritonéale.

On a aussi voulu proscrire le quinquina et toute espèce de toniques, comme très-dangereux, et comme ne pouvant être, dans aucun cas,

de quelque utilité. Cette proscription, basée sur une théorie que n'a pas confirmée l'expérience, est démentie par l'observation, lorsque les médicamens dont il est ici question sont employés dans des circonstances favorables. Dès le début, dans la période d'excitation, nul doute qu'ils ne fussent préjudiciables; mais quand le malade est tombé dans un état de prostration voisin de l'anéantissement, que les forces vitales ne peuvent plus résister à l'action morbide, que des débris de matières animales en putréfaction sont résorbés et agissent sur toute l'économie de la manière la plus délétère, alors le vin de Madère, et surtout une infusion de quinquina, relèvent, dans certains cas, merveilleusement les forces, soit qu'ils agissent comme antiseptiques, soit qu'on les considère simplement comme détersifs. Eh! qui a-t-il de surprenant dans cette action? Ne voit-on pas tous les jours des ulcères cutanés ne marcher vers la guérison que sous l'influence des toniques et des excitans de toute sorte. Pourquoi donc ceux qui se développent sur les surfaces cutanées ne seraient-ils pas susceptibles des mêmes modifications sous l'empire des mêmes puissances.

On a préconisé aussi la poudre de charbon dirigée contre l'affection ulcéreuse des intestins. Nous n'avons jamais été témoin de son emploi, et des avantages qu'on a retirés de cette substance, dont l'action détersive est connue.

Telles sont les médications qui, dans l'état actuel de la science, paraissent les meilleures, et que l'on pourrait résumer de la manière suivante: il convient, dans la généralité des cas, de recourir aux évacuations sanguines, dans le principe de la maladie, pour obvier aux symptômes généraux et apaiser le mouvement de réaction. Cette indication étant remplie, il suffit, dans les cas les plus simples, de donner au malade des boissons adoucissantes ou rafraîchissantes, de l'*eau d'orge*, des limonades, de l'*eau de Seltz;* mais si, vers le douzième ou quatorzième jour, le dévoiement devenait plus abondant, que le *facies* conservât de la stupeur, et la langue de la sécheresse, on ne pourrait mieux faire que de donner du sulfate de magnésie, qui agit d'une manière si efficace entre les mains du praticien

de Tours. Plus tard, ces symptômes peuvent se compliquer d'une prostration complète des forces, de l'inertie des organes, d'hémorrhagies passives ; alors on doit administrer les préparations de quinquina et autres toniques, auxquels on peut ajouter des vésicatoires volans appliqués aux extrémités inférieures. On ne doit pas les faire suppurer parce qu'ils prennent presque toujours un aspect livide, ou se couvrent d'ulcérations qui sont long-temps à se cicatriser. D'ailleurs on en retire rarement des avantages bien marqués.

Doit-on, malgré les désordres qui existent dans les intestins, donner des alimens aux malades atteints de dothinentérie? Rien de plus difficile que de donner des règles sur ce point, quelque simple que paraisse cette partie de la thérapeutique. Cependant, tant que le mal conserve de l'acuité, que l'estomac surtout paraît affecté, il convient de ne pas donner d'alimens; mais si la fièvre se prolongeait trop, il serait déplacé d'imposer une diète sévère à un malade dont les forces seraient minées par la réunion de deux causes, la maladie et le défaut d'alimens. Il faudra donc prescrire quelques crèmes végétales à des époques qui ne peuvent être déterminées d'une manière générale, parce qu'elles sont subordonnées à la constitution et surtout à l'âge du sujet.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Tenuis et exquisitus victus, et in longis morbis semper, et in acutis, ubi non convenit, periculosus; et rursùs ad extremum tenuitatis progressus victus, difficilis : nam et repletiones ad extremum progressæ difficiles sunt. *Sect.* 1, *aph.* 4.

II.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt predictiones, neque salutis, neque mortis. *Ibid.*, *aph.* 19.

IV.

In febribus, ex somnis pavores, aut convulsiones, malum. *Sect.* 4, *aph.* 67.

V.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores *Ibid.*, *aph.* 55.

VI.

In morbo diturno, appetitus prostratus, et meracæ dejectiones, malum. *Sect.* 7, *aph.* 6.